

Beitrittserklärung



Freunde und Förderer
des Beckumer
Krankenhauses

Freunde und Förderer des Beckumer Krankenhauses e.V.

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Straße und Hausnummer)

(PLZ, Wohnort)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein der Freunde und Förderer
des Beckumer Krankenhauses e.V.

Ich ermächtige den Verein - bis zu meinem schriftlichen Widerruf - jährlich
einen Mitgliedsbeitrag von

(mind. 24,00 Euro) ----- Euro von meinem Konto

(IBAN)

(BIC)

(Name Kreditinstitut)

per Lastschrift einzuziehen.

Ort, Datum

(Rechtsverbindliche Unterschrift)

Ansprechpartner bei Fragen ist: Dirk Komitsch, Tel.: 0160 96944292,

E-Mail: dirkkom@mail.de